

EVALUATION OF POSTOPERATIVE DELIRIUM AND ASSOCIATED FACTORS AMONG ELDERLY PATIENTS AT SAILT PAUL GENERAL HOSPITAL IN 2025

Kieu Thi Hiep^{1*}, Nguyen Minh An², Be Hong Thu³

¹Sailt Paul General Hospital - 12 Chu Van An, Ba Dinh ward, Hanoi, Vietnam

²Hanoi Medical College - 35 Doan Thi Diem, O Cho Dua ward, Hanoi, Vietnam

³Thang Long University - Nghiem Xuan Yem street, Dinh Cong ward, Hanoi, Vietnam

Received: 11/7/2025

Revised: 20/7/2025; Accepted: 29/7/2025

ABSTRACT

Objective: To describe the status of postoperative delirium in elderly patients at Sait Paul General Hospital in 2025 and to identify associated factors.

Methods: Cross-sectional study, quantitative research.

Results: The incidence of postoperative delirium in elderly patients was 9.6%. Delirium most commonly began on the first day after surgery (59.3%) and on the second day (33.3%). Several risk factors were identified, including advanced age, nutritional status, underlying hypertension, diabetes, duration of surgery, blood loss, quality of healthcare staff care, and the hospital room environment. There was a significant association between advanced age, healthcare staff care, and the hospital room environment with the occurrence of postoperative delirium in elderly patients at Sait Paul General Hospital in 2025. Specifically, advanced age was associated with an adjusted odds ratio (OR) of 9.6 (95% CI: 2.6-35.1), healthcare staff care with an adjusted OR of 4.9 (95% CI: 1.03-24.3), and the hospital room environment with an adjusted OR of 27.04 (95% CI: 5.3-137).

Conclusion: The incidence of postoperative delirium among elderly patients at Sait Paul General Hospital in 2025 was low. There was an association between advanced age, the quality of healthcare staff care, and the hospital room environment with the occurrence of postoperative delirium in these patients.

Keywords: Delirium, mechanical ventilation, department of anesthesiology and intensive care.

*Corresponding author

Email: kieuhiiep.gmhs1@gmail.com **Phone:** (+84) 357526886 **Https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD12.2935**

ĐÁNH GIÁ TÌNH TRẠNG SÁNG Ở NGƯỜI CAO TUỔI SAU PHẪU THUẬT VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA XANH PÔN NĂM 2025

Kiều Thị Hiệp^{1*}, Nguyễn Minh An², Bế Hồng Thu³

¹Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn - 12 Chu Văn An, phường Ba Đình, Hà Nội, Việt Nam

²Trường Cao đẳng Y tế Hà Nội - 35 Đoàn Thị Điểm, phường Ô Chợ Dừa, Hà Nội, Việt Nam

³Trường Đại học Thăng Long - Đường Nghiêm Xuân Yêm, phường Định Công, Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 11/7/2025

Ngày chỉnh sửa: 20/7/2025; Ngày duyệt đăng: 29/7/2025

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả tình trạng sáng sau phẫu thuật ở người bệnh cao tuổi tại Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn năm 2025 và xác định một số yếu tố liên quan.

Phương pháp: Điều tra mô tả cắt ngang.

Kết quả: Tỷ lệ sáng sau phẫu thuật ở người cao tuổi là 9,6%. Sáng thường khởi phát vào ngày đầu tiên sau phẫu thuật (59,3%) và ngày thứ 1 (33,3%). Một số yếu tố nguy cơ được xác định là: tuổi cao, tình trạng dinh dưỡng, bệnh nền huyết áp, bệnh nền đái tháo đường, thời gian phẫu thuật, tình trạng mất máu, sự chăm sóc của nhân viên y tế, môi trường phòng bệnh. Có mối liên quan giữa tuổi cao, sự chăm sóc của nhân viên y tế, môi trường phòng bệnh với tình trạng sáng ở người bệnh cao tuổi tại Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn năm 2025 với tuổi cao OR hiệu chỉnh 9,6 KTC (95%CI) (2,6-35,1), sự chăm sóc của nhân viên y tế OR hiệu chỉnh 4,9 KTC (95%CI) (1,03-24,3), môi trường phòng bệnh OR hiệu chỉnh 27,04 KTC (95%CI) (5,3-137).

Kết luận: Tỷ lệ sáng sau phẫu thuật của người bệnh cao tuổi tại Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn năm 2025 là thấp. Có mối liên quan giữa cao tuổi, sự chăm sóc của nhân viên y tế, môi trường phòng bệnh với tình trạng sáng của người bệnh sau phẫu thuật tại bệnh viện.

Từ khóa: Mê sáng, thờ máy, khoa gây mê hồi sức.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sáng sau phẫu thuật (postoperative delirium) là một trong những biến chứng thần kinh thường gặp ở người bệnh cao tuổi sau phẫu thuật. Người bệnh bị sáng có tỷ lệ tử vong cao hơn, bệnh nặng hơn và nằm viện lâu hơn tại các đơn vị chăm sóc đặc biệt và trong bệnh viện. Sáng là một yếu tố nguy cơ độc lập với tỷ lệ tử vong [3].

Tại Mỹ, Trung tâm Kiểm soát và Phòng ngừa dịch bệnh thống kê năm 2024 có 38% ca phẫu thuật tại các bệnh viện Hoa Kỳ, bao gồm cả thủ thuật nội trú và ngoại trú, hiện được thực hiện cho những người từ 65 tuổi trở lên và tỷ lệ này sẽ tăng lên. Việt Nam là một trong các quốc gia có tốc độ già hóa dân số nhanh nhất thế giới. Những người từ 60 tuổi trở lên chiếm 11,9% tổng dân số vào năm 2019 và đến năm 2050, con số này sẽ tăng lên hơn 25% (theo Quỹ Dân số Liên Hợp quốc tại Việt Nam - UNFPA) [4]. Tại Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn, quý I năm 2024, Khoa Gây mê hồi sức thực hiện hơn 6000 ca phẫu thuật, trong đó người cao tuổi chiếm 50% [1]. Ở người lớn tuổi thường mắc các bệnh như tăng huyết áp, xơ vữa động mạch, tắc nghẽn mạch máu, bệnh tim mạch, bệnh phổi... làm tăng nguy cơ tác dụng phụ và

biến chứng sau phẫu thuật, trong đó sáng sau phẫu thuật là một biến chứng phổ biến nhất sau phẫu thuật. Điều đó thách thức ngành y tế nói chung và chuyên ngành gây mê hồi sức nói riêng.

Điều dưỡng là lực lượng trực tiếp tiếp xúc với người bệnh ở giai đoạn hậu phẫu từ đánh giá dấu hiệu sáng, hỗ trợ quản lý các yếu tố nguy cơ đến triển khai các biện pháp chăm sóc toàn diện sau phẫu thuật. Tuy nhiên, tại nhiều cơ sở y tế, bao gồm Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn, việc hiểu biết và thực hành của đội ngũ điều dưỡng về vấn đề này vẫn còn hạn chế. Để cung cấp dữ liệu thực tiễn nhằm nâng cao chất lượng chăm sóc của điều dưỡng và tối ưu hóa kết quả điều trị cho người bệnh sau phẫu thuật, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đánh giá tình trạng sáng ở người cao tuổi sau phẫu thuật và một số yếu tố liên quan tại Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn năm 2025 với mục tiêu: mô tả thực trạng sáng sau phẫu thuật ở người cao tuổi tại Bệnh viện Xanh Pôn năm 2025 và phân tích một số yếu tố liên quan.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Người bệnh cao tuổi phẫu thuật tại Bệnh viện Đa khoa

*Tác giả liên hệ

Email: kieuhiep.gmhs1@gmail.com Điện thoại: (+84) 357526886 <https://doi.org/10.52163/yhc.v66iCD12.2935>

Xanh Pôn trong thời gian tiến hành nghiên cứu (từ ngày 1/2/2025 đến ngày 1/6/2025).

- Tiêu chuẩn lựa chọn: người bệnh từ 60 tuổi trở lên, được trải qua ca phẫu thuật có kế hoạch trong thời gian nghiên cứu. Người bệnh đồng ý tham gia nghiên cứu, hồ sơ bệnh án đủ thông tin hợp lệ.

- Tiêu chuẩn loại trừ: người bệnh có độ tuổi dưới 60 tuổi, có bệnh lý cấp tính nghiêm trọng như nhiễm trùng, suy tim cấp, tai biến mạch máu não, suy thận cấp. Người bệnh có tiền sử sang hoặc rối loạn tâm thần nghiêm trọng, gặp khó khăn trong giao tiếp, giảm thính lực, thị lực mức độ nặng.

2.2. Địa điểm nghiên cứu

Một số khoa ngoại, Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn.

2.3. Thời gian nghiên cứu

Từ ngày 1/2/2025 đến ngày 1/6/2025.

2.4. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.5. Cỡ mẫu và cách chọn mẫu

- Sử dụng công thức ước tính một tỷ lệ cho trước trong quần thể:

$$n = Z_{1-\alpha/2}^2 \times p(1-p)/d^2$$

Trong đó: n là cỡ mẫu tối thiểu cần nghiên cứu; p là tỷ lệ dự đoán mắc sang trong nhóm nghiên cứu, chúng tôi lấy tỷ lệ mắc sang là 0,24 (24%) theo nghiên cứu phân tích tổng hợp gần đây của Ho R.N và cộng sự (2021) [5]; d là khoảng sai lệch mong muốn giữa mẫu và quần thể, d = 0,05; α là mức ý nghĩa thống kê, $\alpha = 0,05$; với độ tin cậy 95% có $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$.

Với công thức trên, tính được cỡ mẫu n = 281.

- Chọn mẫu thuận tiện, tất cả những người bệnh đủ tiêu chuẩn lựa chọn đều được chọn vào mẫu nghiên cứu, chọn lần lượt sao cho đủ 281 người bệnh tại Khoa Phẫu thuật chấn thương chỉnh hình chi trên, Khoa Phẫu thuật

chấn thương chỉnh hình chi dưới, Khoa Phẫu thuật thần kinh, Khoa Ngoại tiết niệu, Khoa Ngoại tiêu hóa, Khoa Tai Mũi Họng thuộc Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn.

2.6. Phương pháp thu thập số liệu

Sử dụng công cụ CAM-ICU phiên bản tiếng Việt để chẩn đoán sàng. Đánh giá gồm 2 bước:

- Bước 1: Đánh giá mức độ ý thức bằng thang điểm RASS (Sessler và cộng sự, 2002). Thang điểm RASS gồm 10 mức độ từ -5 đến +4, với mỗi mức độ tương ứng với một mô tả khác nhau về trạng thái tinh thần và hành vi của bệnh nhân. Thang điểm RASS đã được đánh giá và chứng minh là có độ tin cậy và tính ổn định cao trong việc đánh giá trạng thái tâm lý của bệnh nhân.

Nếu RASS < -3 thì không đánh giá được; nếu RASS $\geq$ -3 thì đánh giá tiếp bằng CAM-ICU.

- Bước 2: Đánh giá bằng CAM-ICU, gồm 4 tiêu chí: (1) Sự thay đổi cấp tính hoặc xu hướng dao động của trạng thái tâm thần; (2) Rối loạn sự chú ý; (3) Thay đổi mức độ tỉnh táo; (4) Suy nghĩ mất định hướng.

Chẩn đoán sàng khi có cả tiêu chí (1) và (2), kết hợp với tiêu chí (3) và/hoặc tiêu chí (4).

2.7. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu định lượng được mã hóa và xử lý thống kê bằng phần mềm SPSS 22.0.

Phân tích mô tả với các biến số liên quan đến đặc điểm nhân khẩu học, tình trạng sức khỏe và bệnh lý nền, phẫu thuật và thủ thuật, quá trình hồi phục và chăm sóc sau phẫu thuật, các biến số liên quan đến các yếu tố môi trường và biến số về tỷ lệ sang theo CAM-ICU.

Phân tích hồi quy logistic đơn biến và hồi quy đa biến xác định mối quan hệ giữa các biến số liên quan đến đặc điểm nhân khẩu học, tình trạng sức khỏe và bệnh lý nền, phẫu thuật và thủ thuật, quá trình hồi phục và chăm sóc sau phẫu thuật, các biến số liên quan đến các yếu tố môi trường đến tỷ lệ sang theo CAM-ICU.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu (n = 281)

	Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi	Từ 60-80 tuổi	220	78,3
	Trên 80 tuổi	61	21,7
Giới tính	Nam	142	50,5
	Nữ	139	49,5
Bệnh nền tăng huyết áp	Tăng huyết áp	120	42,7
	Không tăng huyết áp	161	57,3
Bệnh nền đái tháo đường	Đái tháo đường	26	9,3
	Không đái tháo đường	255	90,7
Tình trạng dinh dưỡng	Suy dinh dưỡng	10	3,6
	Tốt	160	56,9
	Béo phì	111	39,5

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tình trạng sức khỏe tổng quát	Tình trạng sức khỏe tổng quát tốt (ASA độ I)	109	38,8
	Tình trạng sức khỏe tổng quát trung bình (ASA độ II)	172	61,2
	Tình trạng sức khỏe tổng quát kém (ASA độ III-V)	0	0

Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu 60-80 tuổi chiếm đa số (78,3%), tỷ lệ nam (50,5%) tương đương nữ (49,5%). Người bệnh có bệnh nền tăng huyết áp (42,7%), bệnh nền đái tháo đường (9,3%). Tình trạng người bệnh dinh dưỡng tốt (56,9%), béo phì (39,5%). Tình trạng sức khỏe tổng quát của đối tượng nghiên cứu trung bình (ASA độ II) chiếm đa số (61,2%).

Bảng 2. Đặc điểm của người bệnh trong phẫu thuật (n = 281)

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Phương pháp vô cảm	Gây tê (gây tê tùy sống/gây tê đám rối thần kinh)	122	43,4
	Gây mê (mê tĩnh mạch/mask thanh quản/mê nội khí quản)	159	56,6
Thời gian phẫu thuật	Dưới 1 giờ	118	42,0
	Trên 1 giờ	163	58,0
Tình trạng mất máu	Có mất máu	80	28,5
	Không mất máu	201	71,5
Đau sau phẫu thuật	VAS ≥ 3 điểm	90	32,0
	VAS < 3 điểm	191	68,0
Hiện diện sonde tiểu	Có	62	22,1
	Không	219	77,9
Hiện diện sonde dẫn lưu	Có	2	0,7
	Không	279	99,3
Chăm sóc của nhân viên y tế	Trung bình	113	40,2
	Tốt	168	59,8
Môi trường phòng bệnh	Ánh sáng/tiếng ồn lớn	54	19,2
	Yên tĩnh/nhiệt độ phù hợp	227	80,8

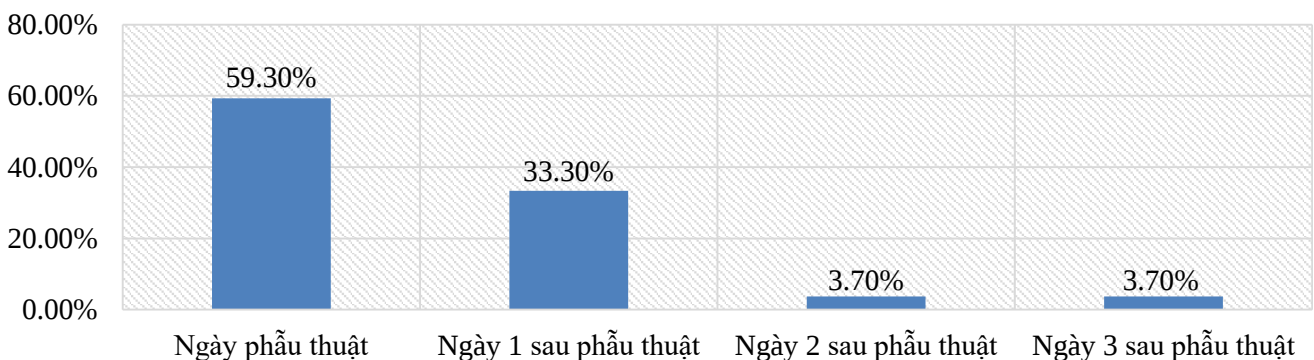
Đặc điểm người bệnh trong phẫu thuật sử dụng phương pháp vô cảm gây mê (mê tĩnh mạch/gây mê mask thanh quản/mê nội khí quản) chiếm đa số (56,6%), thời gian phẫu thuật trên 1 giờ (58%), với tình trạng có mất máu (28,5%). Người bệnh đau sau phẫu thuật với VAS < 3 điểm chiếm 68%, có xông tiểu 22,1% và có sonde dẫn lưu là 0,7%. Chăm sóc của nhân viên y tế tốt (59,8%), môi trường phòng bệnh yên tĩnh có nhiệt độ phù hợp (80,8%).

3.2. Đặc điểm sàng của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3. Tỷ lệ sàng của người bệnh (n = 281)

Tình trạng sàng	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Có	27	9,6
Không	254	90,4

Trong 281 đối tượng nghiên cứu, là người cao tuổi trải qua phẫu thuật, ghi nhận có 27 người bệnh xuất hiện sàng, chiếm 9,6%.



Biểu đồ 1. Biểu đồ ngày khởi phát sàng

Ngày khởi phát sáng chủ yếu gặp ở ngay ngày phẫu thuật chiếm 59,3%, sau đó giảm dần ở các ngày tiếp theo, ngày thứ nhất sau phẫu thuật 33,3%, ngày 2 là 3,7%, ngày 3 là 3,7%.

3.3. Một số yếu tố liên quan đến tình trạng sáng

Yếu tố liên quan		Tình trạng sáng		OR hiệu chỉnh (95%CI)	P
		Có	Không		
Nhóm tuổi	Trên 80 tuổi (n = 61)	22 (36,1%)	39 (63,9%)	9,6 (2,6-35,1)	< 0,05
	Từ 60-80 tuổi (n = 220)	5 (2,3%)	215 (97,7%)		
Bệnh nền tăng huyết áp	Có tăng huyết áp (n = 120)	18 (15%)	102(85%)	1,004 (0,23-4,4)	> 0,05
	Không tăng huyết áp (n = 161)	9 (5,6%)	152 (94,4%)		
Bệnh nền đái tháo đường	Có (n = 26)	6 (23,1%)	20 (76,9%)	1,5 (0,3-7,5)	> 0,05
	Không (n = 255)	21 (8,2%)	234 (91,8)		
Thời gian phẫu thuật	Trên 1 giờ (n = 163)	22 (13,5%)	141 (86,5%)	2,3 (0,5-9,6)	> 0,05
	Dưới 1 giờ (n = 118)	5 (4,2%)	113 (95,8%)		
Đau sau phẫu thuật	VAS > 3 điểm (n = 191)	11 (5,8%)	180 (94,2%)	1,3 (0,4-4,8)	> 0,05
	VAS < 3 điểm (n = 90)	16 (17,8%)	74 (82,2%)		
Chăm sóc của nhân viên y tế	Trung bình (n = 113)	24 (21,2%)	89 (78,8%)	4,9 (1,03-24,3)	< 0,05
	Tốt (n = 168)	3 (1,8%)	165 (98,2%)		
Môi trường phòng bệnh	Ánh sáng/tiếng ồn lớn (n = 54)	25 (46,3%)	29 (53,7%)	27,04 (5,3-137)	< 0,05
	Yên tĩnh nhiệt độ phù hợp (n = 227)	2 (0,9%)	225 (99,1%)		

Người bệnh trong nhóm tuổi trên 80 tuổi có nguy cơ mắc sáng cao hơn người bệnh trong nhóm từ 60-80 tuổi, sự khác nhau có ý nghĩa thống kê (OR = 9,6, $p < 0,05$). Người bệnh trong nhóm chăm sóc của nhân viên y tế trung bình có nguy cơ sáng cao hơn người bệnh trong nhóm chăm sóc của nhân viên y tế tốt, sự khác nhau có ý nghĩa thống kê (OR = 4,9, $p < 0,05$). Người bệnh trong nhóm môi trường phòng bệnh ánh sáng/tiếng ồn lớn có nguy cơ sáng cao hơn người bệnh trong nhóm môi trường phòng bệnh yên tĩnh/nhiệt độ phù hợp (OR = 27,04, $p < 0,05$).

4. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu thực hiện trên 281 người bệnh cao tuổi sau phẫu thuật, có 27 người bệnh ghi nhận sáng, chiếm 9,6%. Kết quả nghiên cứu thấp hơn so với nghiên cứu của Ansaloni L [6] có tỉ lệ sáng là 13,2%, khác biệt này có thể do nghiên cứu của Ansaloni L thực hiện trên nhóm đối tượng cả phẫu thuật có chuẩn bị (mổ phien) và cả phẫu thuật cấp cứu, còn nghiên cứu của chúng tôi là trên nhóm đối tượng phẫu thuật có chuẩn bị. Đồng thời kết quả nghiên cứu cũng thấp hơn nghiên cứu của Tạ Đình Đô [2] (tỉ lệ sáng là 19,6%), khác biệt này có thể do Tạ Đình Đô nghiên cứu trên nhóm đối tượng sau phẫu thuật tim mở với tuần hoàn ngoài cơ thể.

Ngày khởi phát sáng chủ yếu tập trung ngay trong ngày đầu sau phẫu thuật, chiếm tỷ lệ 59,3%. Tỷ lệ này giảm dần vào các ngày tiếp theo, cụ thể là 33,3% vào ngày thứ nhất sau phẫu thuật, và 3,7% lần lượt ở ngày thứ hai và ngày thứ ba sau phẫu thuật. Điều này cho thấy sáng thường xuất hiện sớm, đặc biệt là trong giai đoạn

ngay cuối ngày phẫu thuật và ngày đầu tiên sau phẫu thuật. Kết quả nghiên cứu cho thấy thời điểm khởi phát sáng có xu hướng tập trung chủ yếu trong giai đoạn sớm sau phẫu thuật, đặc biệt là trong 24 giờ đầu. Điều này hoàn toàn phù hợp với các nghiên cứu trước đây trên thế giới, và củng cố thêm bằng chứng cho thấy giai đoạn hồi tỉnh là thời điểm then chốt để phát hiện sớm và can thiệp kịp thời, từ đó giảm thiểu các biến chứng nghiêm trọng liên quan đến sáng hậu phẫu.

Một số yếu tố liên quan đến nguy cơ sáng sau phẫu thuật ở người bệnh cao tuổi: nhóm tuổi, bệnh nền tăng huyết áp, bệnh nền đái tháo đường, thời gian phẫu thuật, đau sau phẫu thuật, sự chăm sóc của nhân viên y tế, môi trường phòng bệnh. Kết quả nghiên cứu người bệnh trong nhóm trên 80 tuổi có nguy cơ mắc sáng cao hơn người bệnh trong nhóm từ 60-80 tuổi, sự khác nhau có ý nghĩa thống kê (OR hiệu chỉnh = 9,6, $p < 0,05$). Nghiên cứu của Iamaroon A và cộng sự (2020) [10] kết luận người bệnh tuổi cao làm tăng nguy cơ mắc sáng. Kết quả nghiên cứu người bệnh trong nhóm chăm sóc của nhân viên y tế trung bình có nguy cơ sáng cao hơn người bệnh trong nhóm chăm sóc của nhân viên y tế tốt, sự khác nhau có ý nghĩa thống kê (OR hiệu chỉnh = 4,9, $p < 0,05$). Nghiên cứu của Burton J.K và cộng sự (2021) [7] cũng cho kết luận cải thiện chất lượng chăm sóc của nhân viên y tế làm giảm nguy cơ mắc sáng sau phẫu thuật ở người bệnh cao tuổi. Về môi trường phòng bệnh, kết quả nghiên cứu cho thấy người bệnh trong nhóm môi trường phòng bệnh ánh sáng/tiếng ồn lớn có nguy cơ sáng cao hơn người bệnh trong nhóm môi trường phòng bệnh yên tĩnh/nhiệt độ phù hợp (OR hiệu chỉnh = 27,04, $p < 0,05$). Hoogma D.F và cộng sự

(2023) kết luận trong bối cảnh hiện tại và qua nhiều nghiên cứu trên thế giới cho thấy can thiệp phòng ngừa sáng sau phẫu thuật bằng các biện pháp không dùng thuốc có hiệu quả hơn các biện pháp dùng thuốc [11]. Tuy nhiên, trong nghiên cứu của Hashemighouchani H và cộng sự (2020), cho rằng xét đến các kết luận dựa trên bằng chứng còn hạn chế, không nhiều nghiên cứu được thực hiện nghiên cứu chất lượng cao và lớn hơn tập trung vào các thay đổi về môi trường và kết quả sáng [9].

Trong số các yếu tố nguy cơ đã xác định, yếu tố nguy cơ sự chăm sóc của nhân viên y tế và yếu tố môi trường phòng bệnh có thể thay đổi được, góp phần làm giảm tỷ lệ khởi phát sáng sau phẫu thuật.

5. KẾT LUẬN

Tỷ lệ sáng sau phẫu thuật ở người cao tuổi là 9,6%. Sáng thường khởi phát vào ngày đầu tiên sau phẫu thuật (59,3%) và ngày thứ 1 (33,3%).

Một số yếu tố nguy cơ được xác định, đó là: tuổi cao, tình trạng dinh dưỡng, bệnh nền huyết áp và đái tháo đường, thời gian phẫu thuật, sự chăm sóc của nhân viên y tế, môi trường phòng bệnh.

Phân tích hồi quy đa biến xác định các yếu tố nguy cơ độc lập là tuổi cao OR hiệu chỉnh 9,6 KTC (95%CI) (2,6-35,1), sự chăm sóc của nhân viên y tế OR hiệu chỉnh 4,9 KTC (95%CI) (1,03-24,3), môi trường phòng bệnh OR hiệu chỉnh 27,04 KTC (95%CI) (5,3-137).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn. Thống kê phẫu thuật, thủ thuật 6 tháng đầu năm 2024, 2024.
- [2] Tạ Đình Đô. Đánh giá tình trạng sáng sau phẫu thuật tim mở với tuần hoàn ngoài cơ thể. Luận văn thạc sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội, 2021.
- [3] Edward R Marcantonio, Dan K Kiely, Samuel E Simon, E John Orav, Richard N Jones, Katharine M Murphy, Margaret A Bergmann. Outcomes of older people admitted to postacute facilities with delirium. The American Geriatrics Society, 2005.
- [4] American Society of Anesthesiologists. Age, 2024.
- [5] Ho M.H, Nealon J, Igwe E et al. Postoperative delirium in older patients: a systematic review of assessment and incidence of postoperative delirium. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 2021, 18 (5): 290-301.
- [6] Ansaloni L, Catena F, Chattat R et al. Risk factors and incidence of postoperative delirium in elderly patients after elective and emergency surgery. *Br J Surg* 2010, 97: 273e80.
- [7] Burton J.K et al. Non-pharmacological interventions for preventing delirium in hospitalised non-ICU patients. *Cochrane Database Syst Rev*, 2021 Jul 19, 7 (7): CD013307. doi: 10.1002/14651858.CD013307.pub2. PMID: 34280303; PMCID: PMC8407051.
- [8] Duppils G, Johansson I. Predictive value and validation of the NEECHAM Confusion Scale using DSM-IV criteria for delirium as gold standard. *Int J Older People Nurs*, 2011, 6: 133-42.
- [9] Hashemighouchani H, Cupka J, Lipori J et al. The impact of environmental risk factors on delirium and benefits of noise and light modifications: a scoping review, 2020. [version 1, peer review: 2 approved with reservations]. *F1000Research* 2020, 9:1183
- [10] Iamaroon A et al. Incidence of and risk factors for postoperative delirium in older adult patients undergoing noncardiac surgery: a prospective study. *BMC Geriatr*, 2020 Feb 3, 20 (1): 40. doi: 10.1186/s12877-020-1449-8. PMID: 32013872; PMCID: PMC6998823.
- [11] Hoogma D.F, Milisen K, Rex S, Al Tmimi L. Postoperative delirium: identifying the patient at risk and altering the course: A narrative review. *Eur J Anaesthesiol Intensive Care*, 2023 Apr 26, 2 (3): e0022. doi: 10.1097/EA9.0000000000000022. PMID: 39917289; PMCID: PMC11783674